Assurance-maladie

Réforme, mode d'emploi

Médecin traitant, franchise d'un euro… Des réponses concrètes aux questions que nous nous posons sur la réforme de l'assurance-maladie.

Le gouvernement a lancé au printemps 2004 une réforme de l'assurance-maladie, l'une des trois branches de la Sécurité sociale qui couvre maladie, accidents du travail, maternité et invalidité. Celle-ci a pris la forme d'une loi d'orientation, adoptée le 13 août 2004. Mesure phare : l'instauration d'un « parcours de soins » avec quatre niveaux de remboursement différents selon qu'on respecte ce mécanisme ou pas. Il faudra passer par son « médecin traitant » pour bénéficier du remboursement habituel (70 % du tarif retenu par la Sécu moins un euro de franchise). Petite revue de ses principales dispositions.

❶ Les fonctionnaires sont-ils concernés par cette réforme ?

Oui, tous les assurés sociaux de plus de 16 ans sont concernés, qu'ils soient salariés ou indépendants, du secteur privé ou public, au chômage, à la retraite…

❷ Quelles sont les conséquences de ces « parcours de soins » et « médecin traitant » ?

En principe, toute consultation médicale doit être préalablement agréée par le « médecin traitant ». Sinon, je serai remboursé à un tarif moins favorable. Prenons l'exemple de la consultation d'un dermatologue de secteur I qui me coûte 25 €. La pénalisation sera double : au niveau du taux de remboursement (60 à 65 % contre 70 %) et au niveau de la base de remboursement retenue par l'assurance maladie (23 € au lieu de 25). Si j'ai obtenu l'accord de mon « médecin traitant », je percevrai 16,5 € de ma caisse primaire (25 x 0,7 - 1 € de franchise), sinon, je ne percevrai que 12,8 € (23 € x 0,6 - 1 €). Attention : les mutuelles ont annoncé qu'elles ne rembourseront pas ce différentiel.

❸ Dois-je toujours passer au préalable par mon « médecin traitant » ?

Non. Les ophtalmologues, dentistes, pédiatres et gynécologues restent en « accès direct », c'est-à-dire que je serai remboursé au tarif habituel de la Sécu.

❹ Que faire lorsque mon « médecin traitant » est indisponible ?

S'il est en congé, il a dû prévenir l'assurance-maladie. Dans ce cas, je suis remboursé au niveau habituel. Si mon « médecin traitant » est débordé ou qu'il ne peut se déplacer chez moi, je dois demander au médecin consulté d'indiquer sur la feuille de soins que mon « médecin traitant » est indisponible.

❺ Dois-je retourner chez mon « médecin traitant » avant de consulter le même spécialiste pour la même affection ?

Oui, mais seulement si ce second rendez-vous n'est pas prévu lors de ma première consultation chez le spécialiste, le « médecin correspondant ».

❻ Quels actes médicaux font l'objet de la franchise ?

La loi a créé, depuis le 1er janvier 2005, une participation d'un euro par acte médical à la charge de l'assuré. C'est ce qu'on appelle la « franchise ». Tous les actes médicaux remboursés par l'assurance-maladie, analyses en laboratoires (sauf prélèvements sanguins) et actes de radiologie en font l'objet. Si je consulte un médecin dans un hôpital public ou une clinique privée (consultation externe), j'acquitte aussi cette franchise, sauf urgence médicale.

❼ Toutes les consultations sont-elle concernées ?

Non. Si je consulte un dentiste, un pédiatre, un gynécologue, une sage-femme, une infirmière ou un masseur kinésithérapeute, la franchise d'un euro ne sera pas appliquée.

❽ Tous les assurés doivent-ils payer cette franchise ?

Non. Les jeunes de moins de 16 ans, les personnes qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire et les femmes enceintes (entre le 6e mois de grossesse et jusque deux jours après la naissance) en sont exonérées.

❾ Je suis au « tiers payant ». Comment s'applique la nouvelle franchise d'un euro ?

Bénéficier du « tiers payant » signifie que je ne paie jamais mon médecin ou pharmacien. Dès lors, deux situations se présentent :
– soit je règle avant fin 2005 un acte en dehors du « tiers payant ». Par exemple, j'acquiers des médicaments dans une pharmacie qui me demande de payer la part restant à ma charge. Lors du remboursement, l'assurance-maladie déduira le cumul des franchises dont j'ai bénéficié depuis le 1er janvier ;
– soit je n'effectue aucun acte hors du « tiers payant » avant la fin 2005. Ma caisse primaire m'enverra alors un relevé annuel des franchises à régler par chèque.

❿ Et pour en savoir plus ?

Pour toute information supplémentaire, on peut appeler le 0 820 77 33 33 (du lundi au vendredi, de 8 à 18 heures ; 0,12 €/m) ou consulter le site : www.ameli.fr

Philippe Hufschmitt

Ancien journaliste, Philippe Hufschmitt est actuellement salarié du CAES du CNRS et auditeur au CNAM de Paris en droit social.